

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

— THÈSE N° 392 —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 mai 1900 à 1 heure

PAR

Charles - Adolphe - Auguste MATHIEU

Né à Vendôme (Loir-et-Cher), le 20 mars 1875.

Ancien interne des hôpitaux de Poitiers.

— ** —

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRI - ANNEXITE TUBERCULEUSE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : { MM. GUYON, professeur.
REMY et ALBARRAN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

392

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 mai 1900 à 1 heure

PAR

Charles - Adolphe - Auguste MATHIEU

Né à Vendôme (Loir-et-Cher), le 20 mars 1875.

Ancien interne des hôpitaux de Poitiers.

—**—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRI - ANNEXITE TUBERCULEUSE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : { MM. GUYON, professeur.
REMY et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR CLADO

Chef des travaux gynécologiques du service
de M. le Professeur Duplay

En exprimant à mes parents, au début de ce travail, mes sentiments de profonde et respectueuse gratitude, je n'acquitte que bien faiblement la dette de vive reconnaissance contractée envers eux.

Tout au moins, les remercierai-je ici publiquement de la constante et affectueuse sollicitude dont ils n'ont cessé de m'entourer. Je m'estimerai heureux si cet humble témoignage compense quelques-uns des sacrifices que je leur ai imposés.

M. le Professeur Berger voudra bien me permettre de le remercier de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Ma plus entière gratitude est acquise à M. le Docteur Clado qui m'en a inspiré le sujet et a facilité mon travail, me guidant de ses précieux conseils.

Je suis aussi profondément reconnaissant à ceux qui m'entourent de leur attachement pour moi. Je ne puis oublier qu'à certaines heures, difficiles parfois, leur affectueux soutien ne m'a pas fait défaut; de cela, je garderai toujours le souvenir.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRI-ANNEXITE TUBERCULEUSE

I

La péri-annexite tuberculeuse est une péritonite circonscrite qu'on observe dans presque toutes les salpingo-ovarites de même nature, mais qui peut cependant, quoique très exceptionnellement, exister à l'état isolé.

Sans avoir l'intention de refaire ici l'historique complet des tuberculoses génitales chez la femme, nous devons signaler les travaux d'Aran, en 1858 qui sont un des premiers sur ce sujet. En 1865 paraît la thèse de Brouardel, important mémoire où ces affections sont étudiées avec détails, à l'appui de nombreuses observations.

En 1868, Giraud et Vermeil soutiennent deux thèses sur la tuberculisation des organes génitaux de la femme.

A partir de 1884, après l'étude de Fernet sur l'infection tuberculeuse par voie génitale, parue dans les bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux,

nous entrons dans la période moderne, où les travaux se multiplient.

Nous nous contenterons de signaler ceux de Predœhl, de Terrillon et de Cornil, la thèse de Fernandez parue en 1899 et résumant l'état actuel de la question, et enfin une clinique du Prof. Le Dentu sur la Tuberculose génitale, publiée dans la *Semaine gynécologique* du 20 février 1900.

Mais, si on a minutieusement décrit les lésions des organes génitaux atteints de tuberculose, si en particulier l'étude des annexes a été faite plus complètement, il semble qu'on n'ait pas insisté sur les altérations absolument spéciales du péritoine, qu'on rencontre dans ce genre d'affections.

Certes, on a publié de nombreuses observations de salpingo-ovarites tuberculeuses, s'accompagnant d'adhérences de la séreuse, c'est-à-dire de péritonite circonscrite, et cette lésion du péritoine semble avoir été considérée comme accessoire, alors qu'elle nous paraît capitale à une certaine étape de la maladie, et Le Dentu, croyons-nous a été le premier à signaler ce fait, dans la leçon clinique dont nous avons parlé.

Nous avons observé 15 malades atteintes de salpingo-ovarites tuberculeuses, et l'histoire de leur maladie, la nature et l'étendue des lésions constatées au cours des laparotomies qui ont été pratiquées, l'ensemble des symptômes, s'accordent à démontrer que dans ces affections, il existe deux phases absolument distinctes ; Une première dans laquelle la lésion est purement annexielle, ne s'accompagnant que d'adhérences péritonéales peu étendues qui ne se manifestent par aucun signe clinique. Une

seconde, et c'est celle-là qui nous occupe où la salpingo-ovarite s'efface devant une péritonite, car la lésion de la séreuse devient dominante. On a donc plus alors affaire à une annexite comme dans le premier cas, mais à une péritonite plus ou moins circonscrite, qui joue le rôle prépondérant, etc'est ce que nous essaierons de démontrer dans ce travail.

Nous y étudierons le péri-annexite tuberculeuse, consécutive à la salpingo-ovarite de même origine, car nous ne possédons qu'une observation où la lésion semble avoir débuté par la séreuse, et nous pensons que ces péri-annexites sont très rares. Dans l'immense majorité des cas en effet, elles succèdent à la tuberculisation de la trompe et de l'ovaire, mais nous ne croyons pas qu'on doive pour cela rejeter la possibilité d'une localisation première au péritoine. Outre l'observation qui semble justifier ce fait et que nous reproduirons plus loin, nous signalerons une communication de Tuffier, faite à la Société de Chirurgie et se rapportant à un cas de péri-appendicite tuberculeuse, dans lequel l'appendice et le cœcum étaient sains, et la lésion strictement cantonnée au péritoine recouvrant l'appendice. (1) Or, dans ses *Leçons de Clinique Chirurgicale*, Pierre Delbet établit l'analogie étroite qui existe entre les appendicites et les salpingites (2), et il est donc possible d'observer chez les unes les mêmes phénomènes qu'on remarque chez les autres.

1. Tuffier: *A propos d'une forme de péri-appendicite tuberculeuse* (Soc. de Chir. 23 nov. 1898).

2. Pierre Delbet. *Leçons de Clinique Chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu* (Août. Sept. 1897) Steinheil edit. 1899.

Quoiqu'il en soit, le plus généralement la péri-annexite tuberculeuse est consécutive à l'envahissement de l'ovaire et de la trompe par le bacille de Koch, et elle est l'aboutissant fatal de ces lésions annexielles,

ÉTIOLOGIE

Les causes de la péri-annexite tuberculeuse diffèrent pas de celles qui engendrent les affections de même nature frappant les organes génitaux de la femme.

Nous les diviserons en prédisposantes et occasionnelles.

A). — *Causes prédisposantes.* — L'âge joue un rôle important dans la pathogénie de ces affections :

Rares avant la puberté, pour ne pas dire exceptionnelles, les tuberculoses annexielles augmentent de fréquence à mesure que les fonctions génitales deviennent plus actives. Brouardel, sur un ensemble de 36 cas, a trouvé la proportion suivante :

Avant 10 ans	6 cas
De 10 à 20 ans.	7 —
De 20 à 30 —	16 —
De 30 à 40 —	3 —
De 50 à 60 —	2 —
Au dessus de 60.	2 —

Bouilly les a plus généralement observées de 20 à 35 ans, mais avec un maximum de fréquence de 20 à 25. Le Dentu les a rencontrées chez des jeunes filles âgées

de 15, 18 et 22 ans, et elles ne sont pas rares jusqu'à la 30^e année (1).

L'âge des malades que nous avons observées, a varié entre 22 et 29 ans.

Leur profession n'a rien de particulièrement intéressant à signaler; ce sont pour la plupart des couturières, astreintes à un travail sédentaire, fatiguées par des veilles fréquentes, et qui au point de vue hygiénique, se trouvent dans des conditions défectueuses.

Plusieurs d'entre elles ont eu des membres de leur famille morts d'affections tuberculeuses.

Leurs antécédents personnels sont instructifs car elles ont presque toutes, présenté pendant leur enfance des manifestations de tuberculose : chez l'une ce sont des adénites qui ont évolué lentement et ont suppuré, chez d'autres des amygdales hypertrophiées ou des végétations adénoïdes, ou encore des fistules dont on relève les traces ; d'autres enfin présentent des signes non douteux de tuberculose pulmonaire (hémoptysies, pleurésies antérieures etc..)

Les troubles de l'appareil génital ont une importance capitale, et nous avons été frappés de ce fait qu'ils n'ont fait défaut chez aucune des malades observées.

Nous devons signaler que dans aucun cas nous n'avons trouvé trace de blennorrhagie ou de syphilis.

L'irrégularité des règles, tant dans la date de leur apparition que dans leur durée est une cause commune.

1. Le Dentu. *Leçon clinique sur la Tuberculose génitale. Sem. gynéc.* 20 fév. 1900.

Les malades ont été réglées entre la 12^e et la 17^e année, mais sur les 15 observations que nous possédons, 5 femmes ont vu leurs règles apparaître à 12 ans.¹

Chez les unes, la dysménorrhée est habituelle, l'écoulement sanguin est peu abondant, dure 2 jours.

Chez les autres, la menstruation prend parfois les allures d'une hémorrhagie, ou bien encore les règles ne sont constituées que par quelques pertes aqueuses, à peine rosées, et apparaissent aux époques les plus variables. C'est ainsi que des malades ont leurs règles deux fois dans un mois, restent six semaines sans que le plus petit écoulement sanguin se manifeste. L'une, indépendamment de toute cause qui puisse expliquer ce retard, n'a plus de règles pendant 2 mois, mais elles reparaissent 2 fois dans le mois suivant.

Nous n'avons, dans aucun cas, relevé d'hémorragies complémentaires.

La leucorrhée a été constatée chez toutes les malades : tantôt elle était presque continue, tantôt elle apparaissait quelques jours avant les règles pour se continuer une semaine après leur cessation.

Ces pertes blanches s'accompagnaient de quelques coliques.

Les grossesses ont une large place dans cette pathogénie :

Sur 15 observations 13 femmes ont été enceintes.

Mais 8 d'entre elles sont plus particulièrement intéressantes : chez ces 8 malades, le nombre total des grossesses a été de 12, qui se décomposent de la façon suivante :

Accouchements normaux, à terme.	3
(deux enfants morts à 6 et 8 mois de méningite, un mort à 3 mois de gastro-entérite ?)	
Accouchement terminé par application de forceps.	1
Accouchements prématurés à 7 mois 1/2.	2
(un enfant mort à 8 jours. L'autre était macéré).	
Avortement (4 et 5 mois) spontanés.	6
(aucune trace de syphilis n'a été constatée).	

Presque toutes ces femmes souffrent du ventre depuis leur dernière grossesse.

B. — *Causes occasionnelles.* — La cause occasionnelle des annexites et péri-annexites tuberculeuses, est la pénétration du bacille de Koch dans la trompe, l'ovaire ou le péritoine, et l'infection se fait par voie muqueuse, s'étendant de l'utérus à la trompe, ou par voie lymphatique si l'ovaire est atteint le premier (1). Nous ne discuterons pas ici cette question qui d'ailleurs paraît tranchée. Mais cette infection peut être primitive ou secondaire.

Primitive, elle est le résultat d'une inoculation de l'appareil génital bien probablement par le sperme d'un tuberculeux, porteur de lésions du testicule, des vésicules séminales ou de la prostate.

Nous pensons qu'après les nombreux travaux faits par Verneuil, Richard, Spano, et les expériences entreprises par Baumgarten, Haartisch, Gaertner, citées dans la thèse de Fernandez (2), on doit admettre aujourd'hui la

1. P. Segond. *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus. Tome VI. Salpingites.

2. Fernandez. *Tuberculose des org. génitaux chez la femme*.

transmission possible de la tuberculose de l'homme à la femme, par les rapports sexuels. Schuchard à la suite d'examens bactériologiques répétés, a constaté en outre que le bacille de Koch peut coexister avec le gonocoque et créer ainsi des infections mixtes.

Il s'agit dans tous ces cas, d'une lésion à marche ascendante.

Secondairement, le péritoine et les annexes qu'il recouvre peuvent être atteints par la généralisation d'une tuberculose primitivement pulmonaire, intestinale ou autre. Nous avons avec intention écarté les cas de ce genre qui ne constituent plus la péri-annexite que nous étudions.

Sans doute, chez plusieurs de nos malades il existait des symptômes de tuberculose pulmonaire, mais les lésions étaient peu avancées, contrastant avec l'importance de l'affection péri-annexielle, et nous ne pensons pas que cette péri-annexite ait été la conséquence d'une généralisation tuberculeuse, mais tout au contraire notre conviction est que la lésion péritonéale a engendré la phtisie.

Nous avons systématiquement écarté toutes les observations de malades ayant eu des accidents post-puerpéraux ou des blennorrhagies, pour ne retenir que celles où la tuberculose, constatée d'ailleurs par les examens bactériologiques, paraissait ainsi absolument démontrée.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de la péri-annexite tuberculeuse constatées au cours des laparotomies pratiquées sur les malades, nous ont permis de nous rendre compte de la marche de cette affection, et reprenant la classification adoptée au début de ce travail, nous distinguerons deux périodes dans l'évolution de la maladie.

Dans la première qui est la phase annexielle, les lésions intéressent les trompes et les ovaires mais nous y comprendrons aussi celles de l'utérus, qui, bien que ne faisant pas anatomiquement partie des annexes, est plus ou moins profondément altéré. Ces lésions de l'utérus ne sauraient être passées sous silence car avant d'atteindre les annexes, la tuberculose se cantonne à cet organe.

Dans la seconde période, qui est la phase de péri-annexite proprement dite, nous décrirons les altérations diverses dont le péritoine est le siège.

1^e. — Nous n'avons dans aucun des cas observés, trouvé de lésions tuberculeuses de la vulve ou du vagin.

Mais nous savons qu'on y rencontre parfois des ulcérations entourées de nodosités caséuses (1) et que l'es-

1. Th. Fernandez. Paris 1899.

thiomène de la vulve, n'est qu'une manifestation locale de l'infection.

« Le col de l'utérus présente des lésions d'endométrite « et un mucus épais crémeux s'en écoule (1) ». Ce que nous avons constaté le plus souvent, c'est un col hypertrophié, laissant en effet suinter un liquide blanchâtre et dans lequel l'examen bactériologique a décélé la présence de bacilles de Koch.

Les lésions de l'utérus sont plus considérables, car les altérations deviennent plus nettes et plus profondes, à mesure qu'on examine des organes plus haut situés.

« Tantôt, c'est la tuberculose miliaire qui domine, « d'autres fois ce sont des nodosités interstitielles disséminées çà et là, ou bien encore des ulcérations plus « ou moins étendues dont le siège de prédilection est « la paroi postérieure de l'utérus » (2). Cet organe, chez nos malades, était dans la majeure partie des cas augmenté de volume, quelquefois dévié, en rétroflexion, et l'examen hystéroscopique pratiqué par Clado a permis de voir nettement des granulations tuberculeuses siégeant au fond de l'organe. Dans un cas (obs. II) au niveau de la corne utérine gauche, existait un noyau du volume d'une grosse noix, avec adhérences péritonéales autour et on y constata la présence de nombreuses granulations miliaires.

L'utérus a été parfois trouvé immobilisé par des adhérences et fixé ainsi dans les positions vicieuses que nous avons signalées, mais il jouit également d'une mobilité

1. 2. Th. Fernandez. Paris, 1899.

assez grande comme nous avons pu le constater à plusieurs reprises.

Quant aux lésions de la trompe, elles consistent en un catarrhe qui se manifeste dès le début de la maladie, des bosselures apparaissent. On y trouve des granulations tuberculeuses.

« Le premier effet de l'inflammation est d'amener l'occlusion de l'orifice du pavillon (1). » Cette occlusion se fait en deux temps. « Recoquevillement des franges dans le pavillon, adhérences de ces franges par leur face péritonéale (2) ». L'ostium utérinum s'oblitére, et la trompe est transformée en cavité close, où s'accumulent du pus et des matières caséuses.

Ces lésions s'accompagnent de déplacements : « les trompes tombent sur les côtés de l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas (3) ».

Les annexes se fusionnent et ne forment plus qu'une même masse, dure au début, qui s'entoure peu à peu de péritoine comme nous le verrons plus loin, et qui par la suite se ramollit en son centre, formant ainsi un véritable kyste purulent et caséux.

L'ovaire présente des altérations analogues : C'est tantôt une infiltration granuleuse qui est très rare, et la tuberculose en foyer qui est la forme la plus fréquente (4) ». Nous l'avons pour notre part trouvé plusieurs fois atteint

1. Pierre Delbet. *Loc. cit.*

2. Raymond. Th. Paris, 1895.

3. Fernandez. *Loc. cit.*

4. Le Dentu. *Semaine gyn. Loc. cit.*

de dégénérescence scléro-kystique. Telles sont les lésions des organes génitaux, des annexes en particulier, qui appartiennent à la première période de l'affection.

2° Abordons maintenant la description des altérations du péritoine, qui correspondent à ce que nous appelons la seconde phase. Nous ferons cependant remarquer ici que si au point de vue clinique ces deux périodes sont bien tranchées, la distinction que nous établissons est plus artificielle quand il s'agit d'anatomie pathologique, car dès le début de la tuberculisation des annexes, le péritoine réagit pour son compte, et la péri-annexite n'attend pas pour évoluer, que les lésions de la trompe ou de l'ovaire, soient à un stade avancé de destruction.

La lésion initiale de la séreuse est l'apparition de granulations tuberculeuses dans ses points de contact avec les annexes, et qui correspondent aux granulations analogues qu'on rencontre à la périphérie de la trompe. Il se fait là une extension du processus tuberculeux par contiguïté.

Dans toutes les laparotomies, nous avons trouvé ces granulations, à condition toutefois que la péri-annexite soit à son début, car plus tard le péritoine est épaissi et il n'est plus facile de les apercevoir aussi nettement. Elles varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Alors apparaissent les adhérences qui sont la lésion dominante puisque ce sont elles qui constituent à proprement parler la péri-annexite. Elles sont d'abord jaunes ou grises, de consistance molle, puis peu à peu elles s'épaississent, entourant d'une coque dure les annexes fusionnées, et leur volume atteint parfois celui d'une mandarine. Au milieu de

cette tumeur ainsi constituée, existaient des foyers remplis de matière caséuse ou d'un pus jaunâtre, grumeleux et plus ou moins fluide.

A côté d'adhérences solides, qui défient toute tentative de décollement, il en est de friables qui se déchirent à la moindre traction et laissent écouler le pus et les matières caséuses qu'elles englobaient.

Limitées d'abord au péritoine péri-annexiel, les granulations et les adhérences s'étendent. Elles gagnent peu à peu les anses intestinales qu'elles agglutinent, l'épiploon est envahi à son tour, et la tumeur qui jusque-là était restée cachée derrière le pubis, s'élève peu à peu dans l'abdomen.

A ce moment, on trouve à l'ouverture du ventre, de vastes kystes purulents ou séreux, enclavés entre la face postérieure de la vessie et l'utérus; d'autres situés entre l'épiploon qui adhère à la paroi abdominale, et les anses intestinales agglutinées qui forment le paroi profonde de la poche. Les intestins s'ulcèrent par places, et il se produit des fistules donnant issue à du pus, à des débris caséux qu'on retrouve dans les selles des malades.

La quantité de liquide trouvée dans la cavité abdominale a toujours été très petite, sinon nulle, il n'a jamais été constaté d'ascite ou de circulation complémentaire des veines de la paroi abdominale, et dans aucun des cas que nous avons observés, ces collections purulentes n'ont menacé de s'ouvrir à l'ombilic.

Ces lésions de péri-annexite sont presque toujours bilatérales, de même que celles des ovaires ou des trompes.

Dans la grande majorité des cas nous les avons rencontrées des deux côtés, mais à un inégal degré de développement et le côté droit était à un stade bien plus avancé que le gauche.

La vessie et le rectum étaient dans plusieurs circonstances recouverts de granulations tuberculeuses, et dans une observation relatée plus loin, l'appendice était accolé sur la ligne médiane, à la face supérieure de l'utérus et ne présentait aucune lésion: il était maintenu dans cette situation par de solides adhérences; ce fait nous a paru intéressant à signaler bien qu'il ait été déjà plusieurs fois mentionné.

Toutes ces lésions du péritoine nous semblent se rattacher à des formes de péritonite tuberculeuse, décrites par Jalaguier (1): nous y retrouvons en effet des modalités de la péritonite chronique ulcéreuse de Grisolles, de la péritonite fibreuse, mais sans l'abondance de liquide qui les accompagne. Si bien que si nous devons rattacher la périannexite tuberculeuse à des formes connues, nous serions tentés d'en faire une péritonite fibro-ulcéreuse, puisqu'elle emprunte des caractères spéciaux à chacune de ces descriptions.

Quant à la nature des lésions constatées sur les annexes et sur la séreuse, nous pensons que le moindre doute ne saurait subsister: il s'agissait bien là de tuberculose.

La granulation est pathognomonique et nous l'avons

1. Jalaguier, *Tr. Chir. Duplay et Reclus. Art. Péritonite tuberculeuse.*

constatée à maintes reprises, mais ce qui l'est davantage encore, c'est le bacille de Koch, et tous les examens bactériologiques pratiqués ont décelé sa présence dans la trompe, l'ovaire, les kystes caséeux et purulents du péritoine, et jusque dans les écoulements vaginaux des malades.

Des cobayes dans le péritoine desquels nous avons injecté les matières caséuses recueillies pendant les laparotomies, sont morts du 9^e au 12^e jour, et leurs intestins, la rate, les poumons, le péritoine étaient parsemés de granulations tuberculeuses.

Nous devons ajouter que plusieurs fois, l'examen bactériologique a montré qu'il y avait de nombreuses chaînettes de streptocoques à côté de bacilles tuberculeux. Nous avons pensé que les cas de ce genre étaient discutables quant à la nature de l'infection, et nous les avons écartés.

IV

SYMPTOMES

Les symptômes du début ne diffèrent pas de ceux d'une salpingo-ovarite ordinaire, mais encore nous faut-il rappeler que l'irrégularité des règles, la leucorrhée, les antécédents des malades sont autant de signes précurseurs, en même temps qu'on peut les considérer comme causes prédisposantes.

On doit en tenir le plus grand compte. Quand les organes génitaux sont atteints d'une inflammation banale, suivant la remarque de Pozzi, la tuberculose les frappe de préférence au reste de l'économie. Etant donné leur état de moindre résistance, ils sont pour le bacille un lieu d'élection. L'affection tuberculeuse est alors primitive secondaire (1).

Nous serons bien forcés d'incriminer aussi les grossesses et de signaler tout au moins que sur 15 malades atteintes de peri-annexite tuberculeuse, 13 ont été enceintes, dont quelques-unes plusieurs fois.

Et nous avons pu constater, à l'interrogatoire des malades, que chez presque toutes, l'affection a débuté après un accouchement, mais le plus souvent après un avorte-

1. Pozzi. Cité par Le Dentu. *Sem. gynec.*, 20 févr., 1900.

ment. L'affection était-elle restée latente jusque-là, et la grossesse a-t-elle été le coup de fouet qui lui a imprimé une allure moins dissimulée, ou bien le bacille de Koch a-t-il profité d'un avortement pour se développer dans les organes génitaux ? C'est là une question que nous ne saurions résoudre. Ce que nous avons relaté, c'est une douleur sourde apparaissant au bas ventre après les couches, s'irradiant à la région lombaire et dans les cuisses. Les fonctions menstruelles déjà irrégulières se troublent encore davantage, la leucorrhée augmente d'intensité. La douleur est continue, avec exacerbations, se calme néanmoins par le repos au lit, mais reparaît dès que la femme se lève. Puis peu à peu les troubles digestifs se montrent, se bornant à de la dyspepsie, à quelques rares nausées. Il y a plus fréquemment de la diarrhée que de la constipation que nous verrons apparaître tout à l'heure, et se maintenir avec tenacité.

En fait, le diagnostic est difficile à cette période, mais le toucher vaginal permet de croire qu'il existe une affection génitale, joint aux autres symptômes que nous avons signalés. Il est peu douloureux, mais il est possible de sentir un empâtement plus ou moins net dans les culs-de-sac. C'est la phase à marche lente autant que peu précise de l'affection.

Mais quand la péri-annexite qui a évolué sourdement de son côté, atteint un degré plus élevé, de nouveaux symptômes apparaissent, qui eux sont sous la dépendance de la lésion péritonéale. La douleur du début devient plus vive, plus continue, et au lieu de se calmer par le repos, elle persiste et souvent même augmente d'intensité pen-

dant la nuit. C'est du moins un symptôme que nous avons constaté chez la plupart des malades.

Puis à la dyspepsie vague, aux rares nausées, aux quelques éructations gazeuses, succèdent des vomissements alimentaires ou glaireux. La constipation devient opiniâtre, et à l'examen, on constate un empâtement hypogastrique, la pression accroît la douleur, il y a de la défense musculaire.

Au toucher, on sent maintenant très nettement les annexes formant tumeur, prolabées le plus souvent dans un des culs-de-sac, l'utérus parfois dévié, ou immobilisé, plus rarement il est vrai.

La température oscille autour de 38, avec légères rémissions matinales. Les malades maigrissent et perdent chaque jour un peu de leurs forces.

En résumé, les lésions rencontrées à l'examen physique peuvent être classées schématiquement sous trois aspects différents :

Dans les deux premiers, la lésion se cantonne dans le petit bassin, dans le troisième elle dépasse cette région pour devenir palpable à l'hypogastre. L'examen bimanuel qui permet de la bien limiter tout d'abord, est moins concluant dans le second cas, car la lésion est plus diffuse, mais ce qui domine alors ce sont les adhérences des annexes, la fixité éventuelle de l'utérus et c'est là ce qui permet, étant donné la lenteur de l'évolution et la marche spéciale de la maladie, de soupçonner la tuberculose.

Nous n'insisterons pas davantage sur le détail des sensations fournies par le palper : existence d'une poche

fluctuante sur un point de la masse, parties dures ou mollasses ailleurs, ne sont pas des signes révélateurs.

Dans la troisième forme, les lésions, nous l'avons dit, ont dépassé la ceinture pelvienne et le diagnostic est alors plus facile que dans les cas deux précédents.

On sent en effet une masse dure, diffuse formant tumeur au-dessus du pubis, d'autres fois la masse rappelle plus ou moins le kyste mais les symptômes sont diffus, ou encore on constate la présence d'un véritable kyste sus-pubien qui semble rattaché aux annexes, aussi les erreurs de diagnostic sont-elles excusables, étant donné la variabilité de toutes ces lésions.

Tout cela laisse prévoir la gravité du pronostic.

La péritonite peut se généraliser, la tuberculose envahir les poumons, mais nous verrons que cependant la guérison n'est pas l'exception, du moins dans les cas que nous avons étudiés; bien au contraire, elle a été la règle.

V

DIAGNOSTIC

Ce que nous venons dire laisse supposer que le diagnostic est le plus souvent fort difficile, et nous rappellerons l'erreur commise par Spencer Wells qui croyant être en présence d'un kyste de l'ovaire, fit une laparotomie, constata une péritonite tuberculeuse, referma l'abdomen et guérit ainsi sa malade. Les cas de ce genre sont fréquents, peut-être, et nous en avons vus plusieurs.

Une première erreur, facile à réparer d'ailleurs, consiste à prendre pour une rétention d'urine le kyste sus-pubien que nous avons signalé.

Un simple cathétérisme lèvera tous les doutes.

Les collections purulentes de la cavité de Retzius sont d'autant plus difficiles à distinguer de la péri-anne-xite, qu'elles succèdent aussi chez la femme aux affections utérines ou péri-utérines. Néanmoins, les troubles urinaires qui font défaut dans la péritonite que nous décrivons, sont la règle dans les phlegmons de l'espace prévésical. En outre, la fièvre est intense, il y a dès le début un violent frisson, une douleur

très aiguë empêchant toute exploration, (1) et ce n'est pas de ce cortège bruyant que s'accompagne la péri-annexite tuberculeuse.

L'hématocèle rétro-utérine débute aussi bruyamment ; il y a des frissons successifs qui coïncident avec une augmentation de volume rapide de la tumeur, de plus on constatera tous les signes d'une hémorrhagie interne : pâleur, lypothimies, syncopes, qu'on n'observe pas dans la péri-annexite.

Les corps fibreux de l'utérus s'accompagnent parfois d'adhérences, d'hémorrhagies répétées entraînant la cachexie... Qu'on examine alors les écoulements vaginaux des malades, et on n'y trouvera pas les bacilles caractéristiques de l'affection tuberculeuse.

Nous mentionnerons simplement la grossesse extra-utérine, dont le diagnostic est parfois fort difficile, mais qui a pour elle trois signes importants : suppression des règles, ramollissement du col, augmentation de volume de l'utérus. Quant au kyste de l'ovaire, il est le plus souvent indolent, la fièvre est nulle, la peau de l'abdomen est vergeturée, distendue et sillonnée de veines bleuâtres, et ces signes ne s'observent pas dans la péri-annexite, mais le diagnostic entre ces deux affections, surtout quand le kyste de l'ovaire s'accompagne de fièvre hectique, est fort délicat.

En résumé, le diagnostic de la péri-annexite tuberculeuse n'est pas toujours aisé, mais il repose sur deux faits qui sont pathognomoniques : la constatation des gra-

1. *Path. ext. des 4 agrégés* : Peyrot Tome 3 page 455.

nulations tuberculeuses et la présence du bacille de Koch qu'on trouve souvent en examinant les écoulements vaginaux des malades, surtout quand ils contiennent des matières crêmeuses, qu'on utilisera de préférence pour l'examen bactériologique.

VI

TRAITEMENT

En présence d'une malade atteinte de péri-annexite tuberculeuse, quelle sera la conduite à tenir ?

Nous pensons qu'un traitement médical ne saurait convenir, à moins que les lésions ne soient tout à fait à leur début. Chez deux malades qui présentaient des antécédents tuberculeux et avaient de la salpingite, une amélioration sensible a été obtenue par le repos et l'immobilité. Nous n'avons pu suivre ces malades.

Mais dans la grande majorité des cas, les femmes qui entrent à l'hôpital ont des lésions trop avancées pour qu'on hésite à intervenir chirurgicalement, car le traitement médical serait alors trop tardif.

Nous pensons donc qu'on doit opérer, et cela pour deux raisons : La première, c'est qu'il existe de la péritonite tuberculeuse qui à elle toute seule justifierait l'intervention.

La seconde, est qu'il y a des annexes malades, transformées en une masse caséuse ou en poches purulentes, et qui sont non seulement inutiles, mais dangereuses. Malgré cela nous faisons une restriction : il ne faut, nous semble-t-il, opérer que quand l'état général de la malade le permettra.

Nous indiquerons rapidement l'opération qui a été pratiquée sur 8 malades dont on retrouvera des observations plus loin :

Laparotomie, qui n'a pas seulement pour but l'extirpation des annexes : la chose ne sera pas toujours facile et il est presque habituel de ne pouvoir tout enlever. On laissera involontairement des granulations soit sur le péritoine, soit sur les anses intestinales, sur les annexes ou sur l'utérus. Mais il est aujourd'hui démontré que la simple laparotomie suffit à modifier l'évolution de la péritonite tuberculeuse, et à la rendre curable.

Une fois l'abdomen ouvert, suivant le conseil donné par Le Dentu, on enlèvera tout ce qu'on pourra, le plus possible. On doit étancher, nettoyer, cautériser même, certaines parties des lésions.

Mais la déchirure des adhérences exige de grandes précautions, car l'intestin est d'une friabilité parfois très grande et on en pourrait arracher des portions plus ou moins étendues si on y prenait garde. Dans ce cas, il nous semble prudent de s'abstenir de toute tentative qui aurait un tel résultat.

En présence des difficultés que peut présenter l'ablation des annexes, de l'impossibilité dans laquelle on se trouve même de les enlever, on se contentera d'un drainage du péritoine : Duplay et Clado s'efforcent autant que possible d'atteindre le cul-de-sac postérieur pour pratiquer le double drainage abdomino-vaginal. Dans un cas où cette manœuvre ne put être effectuée, Clado pratiqua une hystérotomie médiane postérieure, incisant l'utérus jusqu'au vagin, par lequel il fit le drainage.

On emploie le procédé de Mikulicz, qui consiste en un tamponnement aseptique ou antiseptique du péritoine, (dans le service de gynécologie de Duplay, on se sert de gaze iodoformée).

Dans certains cas bénins, la guérison a été obtenue même avec fermeture immédiate de l'abdomen, après double drainage abdomino-vaginal, et c'est par le vagin qu'on a retiré les mèches de gaze.

Le procédé de Mikulicz est décrit dans le *Traité de gynécologie de Pozzi*, aussi ne croyons-nous pas nécessaire de l'exposer en détail (1).

Chez toutes les malades que nous avons observées, les suites opératoires ont été excellentes, et une amélioration rapide s'est produite. Mais nous pensons qu'un séjour à la campagne, la suralimentation, le repos et une hygiène bien comprise sont l'indispensable complément de l'opération.

Non seulement en effet ils hâtent la guérison de l'affection péri-annexielle, mais par leur heureuse influence sur l'état général, ils contribuent dans une large mesure au rétablissement complet.

1. Pozzi. *Traité de gynécologie*, 1890, page 78.

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION I

R. M..., couturière, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, dans le service de M. le professeur Duplay, le 22 mars 1898.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 12 ans. Ses règles sont habituellement peu abondantes, durent 3 ou 4 jours et avancent chaque fois de 4 ou 5 jours sur le mois précédent.

Depuis un an elles sont douloureuses.

Dans l'intervalle qui sépare deux menstruations, leucorrhée abondante et continuelle.

Aucune douleur pendant les mictions.

Pas de grossesses, ni de fausses couches. N'a jamais eu de blennorrhagie ni de syphilis.

En 1896, elle éprouva sans cause apparente, dans le côté droit de l'abdomen, des douleurs sourdes avec exacerbations parfois lancinantes, l'obligeant à abandonner momentanément son travail et à s'aliter. Ces douleurs se calment un

1. Ces observations sont inédites.

peu par le repos, mais l'empêchent souvent de dormir car elles sont presque continues.

Elle entre à la Pitié dans un service de médecine où on la traite pour anémie sans intervenir pour des douleurs abdominales. Elle reste ainsi 3 mois en traitement, puis va au Vésinet pendant un mois, se sentant un peu soulagée.

Lors de son séjour à l'hôpital, elle a pris de l'huile de foie de morue et de la liqueur de Fowler.

Elle revient à Paris, ses douleurs recommencent dans le côté droit de l'abdomen. Ce sont les mêmes douleurs sourdes revenant par accès dans les aînes et à la région lombaire.

Deux mois après son retour à Paris, ces douleurs persistent malgré le repos et elle éprouve des troubles digestifs légers d'abord, qui s'accroissent de plus en plus. Elle a de la dyspepsie, des nausées et une constipation opiniâtre. Le ventre est légèrement augmenté de volume.

La température atteint 38°5 le soir et 37°9 le matin.

Écoulement leucorrhéique abondant. Col de l'utérus gros. Utérus mobile et un peu augmenté de volume, pas dévié. Le cul-de-sac postérieur est douloureux à la pression et contient une masse dure du volume d'une mandarine, constituée par les annexes droites. Celles de gauche sont entourées de quelques adhérences péritonéales. Bacilles de Kock dans l'écoulement vaginal. Laparotomie. Extirpation de la masse annexielle droite. Perforation du cul-de-sac postérieur. Drainage abdomino-vaginal par le procédé de Mikulicz. Suites opératoires excellentes. Sort le 27 avril.

OBSERVATION II

F... S..., 29 ans, confectionneuse, entrée le 13 avril 1898, salle Saint-Jean, lit n° 21. Service de M. le professeur Duplay.

Ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier à signaler.

Réglée à 16 ans 1/2, très irrégulièrement, avec parfois, des retards de 2 mois. La durée des règles est tantôt de 3 jours, tantôt de 8. Vers le milieu de l'intervalle qui sépare deux menstrues, elle éprouve un malaise général, en même temps, leucorrhée.

En 1889, fausse couche de 7 mois sans cause apparente.

L'enfant était mort depuis 11 jours et macéré.

Depuis ce moment est continuellement souffrante, quoique cette fausse couche se soit terminée sans complications, si n'est une légère hémorrhagie qui a cédé aux injections chaudes.

Douleurs abdominales sourdes et continues, irradiées aux lombes, puis les troubles digestifs s'installent peu à peu; nausées d'abord, puis vomissements alimentaires et glaireux. Alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtre. Amaigrissement.

En 1891. — Deuxième accouchement à terme et normal.

L'enfant est bien portant mais a des adénopathies cervicales depuis 2 ans.

En 1895. — 3^e accouchement à terme et normal.

L'enfant meurt à 8 mois de méningite.

En 1896. — Fausse couche de 4 mois provoquée par une

chute légère ? Depuis le début de la grossesse, la malade perdait du sang tous les mois, pendant 4 à 5 jours.

15 jours après cette fausse couche, hémorrhagie abondante qui s'arrête seule.

Les règles reparaissent irrégulières. Les douleurs abdominales persistent, mais augmentent d'intensité depuis le mois de janvier, c'est-à-dire 3 mois avant son entrée dans le service.

Elles sont plus aiguës la nuit. Siègent dans tout l'abdomen avec prédominance à gauche.

Depuis le mois de février la leucorrhée est abondante.

N'a jamais eu de blennorrhagie ni de syphilis.

L'amaigrissement s'accroît, l'état général est mauvais. Température le soir 39, le matin 37°8.

Examen. — Lèvre antérieure du col hypertrophiée avec ectropion de la muqueuse.

Cul-de-sac droit. — Petite masse, douloureuse à la pression.

Cul-de-sac gauche. — L'ovaire et la trompe forment une masse prolabée en arrière, descendant bas, adhérente et immobilisable.

Utérus peu mobile, en latéro-flexion gauche.

Ces signes, joints à l'état cachectique de la malade, imposent le diagnostic de salpingo-ovarite tuberculeuse.

Laparotomie pratiquée par M. Clado le 21 avril.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane de la paroi abdominale.

Utérus adhérent, fixé en latéro-flexion gauche par des brides péritonéales. Au niveau de la corne utérine gauche,

noyau du volume d'une grosse noix, avec adhérences péritonéales autour, et granulations tuberculeuses.

La rupture de ces adhérences donne issue à un pus jaunâtre avec matières caséuses, dont on protège les anses intestinales par de larges compresses. Ablation de ce noyau caséux, cautérisé ensuite au thermocautère.

A gauche, masse du volume d'une mandarine, constituée par l'ovaire et la trompe fusionnées, et entourées d'une coque péritonéale, avec adhérences autour de cette tumeur.

La rupture de ces adhérences donne lieu à un écoulement de pus et de matières caséuses qu'on isole par des compresses.

On parvient à énucléer la trompe qui est volumineuse et flexueuse. Sa face péritonéale et les points correspondants de la séreuse sont tapissés de granulations miliaires gris jaunâtre. Ovaire scléro-kystique.

Ablation des annexes saisies entre deux pinces de Kocher.

A droite, masse annexielle plus petite qui s'enlève sans se rompre, englobée dans une coque péritonéale, et contenant du pus. Trompe grosse et flexueuse.

La tumeur est enlevée entre deux clamps.

Suture à la soie. L'utérus ne présentant pas d'autres lésions est laissé en place.

Perforation du cul-de-sac postérieur pour l'introduction d'une mèche vaginale devant servir de drain.

On introduit entre le rectum et l'utérus récliné en avant un Mikulicz qui permet de bourrer la cavité. Suture de la paroi abdominale aux fils d'argent.

Le Mikulicz est enlevé 48 heures après et remplacé par des mèches de gaze.

Les fils sont enlevés le 11 juin.

On a fait quelques injections de sérum artificiel à la suite de l'opération.

La température a atteint un maximum de 39·8 le soir du quatrième jour qui a suivi l'opération, puis est progressivement retombée à la normale, et le 12 juin la malade est sortie guérie.

OBSERVATION III

V. M..., 22 ans, couturière, entrée le 8 novembre 1899 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, service de M. le Professeur Duplay.

Mère morte de tuberculose pulmonaire, un frère mort à 8 mois de méningite.

Antécédents personnels. — A 10 ans, végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales. A 12 ans, adénopathies cervicales. A 15 ans, pleurésie gauche. Réglée à 12 ans, irrégulièrement, pendant 3 jours environ et peu abondamment. Leucorrhée à 17 ans dans l'intervalle des règles qui disparaissent sans cause du mois de janvier 1898 au mois de septembre de la même année. Elles persistent jusqu'en mai 1899 et se suppriment de nouveau pendant 2 mois. Une fausse couche de 4 mois en 1897, sans complications. 3 mois après cette fausse couche, éprouve des douleurs dans le ventre qui reviennent par accès plus ou moins longs, quelques nausées ; dyspepsie.

Il y a 3 semaines les douleurs, sourdes jusque-là, augmentent d'intensité. Des vomissements alimentaires et glaireux

surviennent. La douleur est parfois très vive, irradiée et plus intense la nuit. Température 38.2 le soir en moyenne. Constipation opiniâtre depuis un mois, succédant à une diarrhée qui datait de longtemps.

Examen. — Utérus en latéroflexion droite. Masse adhérente à l'utérus, prolabée dans le cul-de-sac latéral droit. A la palpation bimanuelle, on constate un empâtement dans l'hypogastre, remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Palpation peu douloureuse.

Diagnostic. — Salpingite tuberculeuse avec péri-anexite.

Laparotomie. L'épiploon, les intestins sont criblés de granulations et adhérents aux annexes. Il est impossible de libérer les adhérences.

Au cours des tentatives de décollement, la poche située au-dessus du pubis crève, et il s'en écoule du pus et des matières caséeuses.

Hystérotomie médiane postérieure. Drainage abdomino-vaginal par le procédé de Mikulicz. Suites opératoires bonnes.

Sort guérie le 5 janvier. Examen bactériologique. Bacilles de Koch.

OBSERVATION IV

B. M..., 24 ans, confectionneuse, entrée à l'Hôtel-Dieu le 8 mars 1897, salle Saint-Jean, service de M. le professeur Duplay, lit n° 13.

Père mort de tuberculose pulmonaire.

Réglée à 12 ans, toujours irrégulièrement. Leucorrhée.

A 16 ans pleurésie. A 18 ans hémoptysie. A 21 ans accouchement normal à terme, enfant mort de méningite à 6 mois. A 22 ans, deuxième grossesse, enfant mort de gastro-entérite ? Quatre mois après douleurs sourdes dans le bas ventre, presque continues, se calmant par le repos au lit. Il y a 3 semaines, vomissements, nausées fréquentes, éructations, constipation, douleurs continues, augmentant la nuit.

Examen.— Ecoulement crémeux, suintant à travers le col de l'utérus hypertrophié. On trouve des bacilles de Koch. Dans les culs-de-sac latéraux, deux masses dures constituées par les annexes, la droite plus volumineuse. Zone d'empatement diffus au dessus du pubis, douloureuse à la pression et qui adhère la paroi abdominale.

29 mars. — Laparotomie. Masse constituée par l'épiploon, les anses intestinales en arrière, en avant par le péritoine épaissi, limitée en bas par les masses annexielles. L'appendice est fixé à la face supérieure de l'utérus et entouré d'adhérences péritonéales. Il paraît sain. De nombreuses granulations miliaires. Les adhérences circonscrivent des cavités purulentes et caséeuses. Ablation des annexes gauches. On ne peut énucléer celles du côté droit. Drainage abdomino-vaginal par le procédé de Mikulicz. Guérison. Sort le 28 avril, mais l'état général est mauvais.

OBSERVATION V

M... L.... 23 ans, blanchisseuse entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, lit n° 19, le 23 janvier 1899. Service de M. le professeur Duplay.

Mère atteinte de bronchite chronique. Père alcoolique. Un frère mort à un an de méningite.

Antécédents personnels. — S'enrhume toujours facilement. Réglée à 17 ans, irrégulièrement, dysménorrhée habituelle. Il y a deux ans avortement de quatre mois, sans cause appréciable. Ni blennorrhagie, ni syphilis. Depuis l'époque de cette fausse couche ne s'est pas remise. A d'abord été souvent fatiguée, règles plus irrégulières encore, abondante leucorrhée puis vagues douleurs dans le bas ventre. Douleur peu à peu sourde, continue, calmée par le repos et en même temps apparaissent des nausées, éructations, vomissements qui ont coïncidé avec une intensité plus grande des douleurs, datant de deux mois :

Examen. — Col de l'utérus hypertrophié. Ecoulement crémeux contenant des Bacilles de Koch. Rien de bien net dans les culs-de-sac, mais empâtement diffus au-dessus du pubis. Température oscillant autour de 38°, pendant son séjour à l'hôpital, hémoptysie. Diagnostic probable : péri-annexite tuberculeuse, sans doute avec lésions annexielles

Laparotomie. A gauche masse annexielle du volume d'un œuf entourée d'une coque péritonéale. A droite magma constitué par le péritoine, l'épiploon, les anses intestinales, le tout parsemé de granulations. Kystes séreux, purulents et caséux disséminés dans cette masse, mais la trompe n'est pas lésée non plus que l'ovaire. On trouve cependant quelques granulations sur une frange du pavillon. Extirpation des annexes du côté gauche. On ne peut rien décoller du côté droit car les adhérences sont solides et l'intestin paraît friable. Perforation du cul-de-sac postérieur. Miku-

licz abdomino-vaginal. Suites opératoires bonnes. Sort guérie le 20 mars.

OBSERVATION VI

M... M..., couturière, 26 ans, entrée le 20 mars 1899 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, lit n° 19, service de M. le professeur Duplay.

Antécédents héréditaires. — Un frère mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — A 4 ans, adénite cervicale suppurée. A 10 ans, abcès froid costal et fistule consécutive. A 11 ans, pleurésie droite. Est envoyée à la campagne pendant 3 ans. Revient bien portante. Réglée à 13 ans, régulièrement au début, mais à partir de la 17^e année, règles douloureuses, irrégulières, abondantes. A 22 ans, accouche prématurément à 7 mois 1/2 d'un enfant qui meurt au bout de 8 jours. De vagues douleurs au bas ventre apparaissent. A 24 ans, accouchement normal à terme. L'enfant meurt l'année suivante de broncho-pneumonie. 3 mois après ce dernier accouchement, la douleur sourde reparait, plus intense et plus continue, quelques nausées, dyspepsie, toux, sueurs nocturnes. Il y a un mois 1/2 est prise presque subitement de vomissements fréquents en même temps que de constipation. Le ventre est plus douloureux. Leucorrhée jaunâtre contenant quelques grameaux. La douleur empêche la malade de dormir.

Examen. — Col hypertrophié. Utérus immobilisé en latéroflexion gauche. Dans le cul-de-sac postérieur, masse constituée probablement par les annexes. Dilatation du col

par des tiges de laminaire. Examen hystéroscopique laissant apercevoir des granulations tuberculeuses au fond de l'utérus. Pas de blennorrhagie ni de syphilis. Température 38. Laparotomie. Annexite droite et péri-annexite ne dépassant pas le pubis. Adhérences intestinales, épiploïques, granulations nombreuses, mais somme toute lésion peu avancée. Perforation du cul-de-sac postérieur. Mikulicz abdomino-vaginal. Fermeture de l'abdomen. Suites opératoires bonnes. Guérison.

OBSERVATION VII

D... M..., couturière, 23 ans, entrée le 2 mars 1899, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, service de M. le professeur Duplay, lit n° 17.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer de l'utérus.

Antécédents personnels. — Adénite cervicale suppurée à 8 ans.

Tousse fréquemment. Réglée à 16 ans, irrégulièrement. Leucorrhée abondante.

A 21 ans, accouchement laborieux terminé par application de forceps.

Commence à souffrir 4 mois plus tard. Douleur sourde, qui disparaît d'abord de temps en temps, mais devient continue depuis près de 8 mois. Nausées, dyspepsie, diarrhée fréquente.

Il y a 4 mois, vomissements alimentaires, constipation, douleur sourde, continue, s'exaspère la nuit, la leucorrhée

augmente et l'écoulement est épais par moments. Pas de blennorrhagie ni de syphilis. Température 38°5.

Examen. — Col hypertrophié. Utérus non dévié mais à l'examen hystéroscopique, granulations parsemant le fond. Masse dans le cul-de-sac droit, plus grosse que celle qu'on trouve à gauche et qui est prolabée elle aussi.

Empâtement hypogastrique remontant à 2 travers de doigts au-dessus du pubis et simulant à s'y méprendre une vessie pleine. Annexite tuberculeuse.

Laparotomie. — Magma constitué par l'épiploon les anses intestinales couvertes de granulations tuberculeuses, circonscrivant des poches purulentes ou caséeuses. Coque péri-annexielle gauche plus volumineuse qu'à droite.

Ablation des annexes transformées en cavités purulentes entourées de péritoine. Drainage abdomino-vaginal par le procédé de Mikulicz.

Examen bactériologique : Bacilles de Koch.

Sort guérie le 30 avril.

OBSERVATION VIII

J. H. confectionneuse, 22 ans, entrée le 18 avril 1899 salle Saint-Jean, lit n° 19, service de M. le professeur Duplay.

Pas d'antécédents héréditaires. Pleurésie à 15 ans. Réglée à 16 ans irrégulièrement, peu à la fois. Leucorrhée. 2 avortements à 4 mois 1/2 et à 6 mois, sans cause apparente. Pas de syphilis ni de blennorrhagie. Souffre du ventre depuis sa dernière fausse couche. Douleur sourde, augmente peu à peu, plus intense la nuit. Dyspepsie d'abord, puis il y a un mois vomissements et constipation.

Examen. — Col hypertrophié. Utérus rétrofléchi. Masses diffuses dans les culs-de-sac latéraux. Ecoulement crèmeux contenant des bacilles de Koch. Température 38°2. Diagnostic: Annexite et péri-annexite tuberculeuse.

Laparotomie. Adhérences péritonéales agglutinant l'épiploon, l'intestin, et circonscrivant des kystes les uns séreux, les autres caséux. On ne peut rien enlever car les adhérences sont résistantes.

Drainage abdomino-vaginal. Méthode de Mikulicz. Suites opératoires satisfaisantes, sort guérie le 20 mai, mais les poumons sont atteints de lésions tuberculeuses.

VIII .

CONCLUSIONS

1° La péri-annexite tuberculeuse est une péritonite primitivement localisée à la séreuse qui tapisse la trompe et l'ovaire, mais qui peu à peu dépasse les annexes et s'étend au péritoine pelvien.

Elle est rarement primitive et accompagne presque toujours la salpingo-ovarite tuberculeuse.

2° Tous les troubles fonctionnels des organes génitaux, joints aux conditions favorables à l'éclosion de la tuberculose, prédisposent à la localisation du bacille de Koch sur les annexes, et partant, sur le péritoine qui les entoure.

3° Cette péri-annexite affecte le plus souvent la forme fibro-ulcéreuse ; on y constate la présence de granulations et de bacilles tuberculeux.

Elle entoure les annexes d'une coque épaisse, et contracte par la suite des adhérences avec les organes voisins.

4° Elle comprend deux phases distinctes quand elle succède, ce qui est le cas le plus ordinaire, à la salpingo-ovarite tuberculeuse :

Une première où les signes sont ceux d'une salpingite,

une seconde où les symptômes de péritonite apparaissent.

5° Le pronostic en est grave si on n'intervient pas.

6° Laparotomie, ablation des annexes si possible, tamponnement et drainage abdomino-vaginal, par le procédé de Mikulicz, tels sont les moyens de traitement qui semblent donner les meilleurs résultats. — L'hygiène doit être le complément de l'intervention chirurgicale.

Vu : le Président de la thèse
BERGER.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Aran.** — Péritonite chronique simple et tuberculeuse. Union Med. 1858.
- Brouardel.** — Tuberculose des organes génitaux de la femme. Thèse de Paris, 1865.
- Empis.** — De la granulie. Paris 1865.
- Giraud.** — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. Thèse de Paris, 1868.
- Vermeil.** — Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses. Thèse de Paris, 1868.
- Bouilly.** — Ascite des jeunes filles. Sem. Gym. 1876.
- Fernet.** — Infection tuberculeuse par voie génitale. Bull. et Mém. de la Soc. Med. des Hop., 1884.
- König.** — Remarques sur le pronostic et le traitement de la péritonite tuberculeuse. Centralblatt für chir., 1884, n° 6.
- Truc.** — Du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Thèse agrég. chir., Paris 1886.
- Mikulicz.** — Ueber die Ausschaltung der todter Raume aus der Peritonealhohle. Verhandl. der Deutsch Gesellschaft f. chir., page 187. Berlin, 1886.
- Proedehl.** — Présence des bacilles dans la tuberculose génitale. Arch. für gyn., 1886.
- Spencer Wells.** — Observation de péritonite tuberculeuse prise pour un kyste de l'ovaire. Opération. Guéri-

son. Transactions of the patholog. Soc. Vol. XXV,
page 239.

Pozzi. — Traité de gynécologie, Paris, 1888.

Terrillon. — Salpingo-ovarites tuberculeuses. Congrès
français de Chirurgie, 1889.

Carlier et Thiroloix. — Tuberculose primitive à marche
descendante. Bull. Soc. Anat., 1892.

Riche. — Salpingites tuberculeuses. Gaz. des Hop., 1892.

Witte. — Bactériologie de la tuberculose génitale. Deutsch
Med. Woch., 1892.

Reymond. — Anatomie pathologique et bactériologie des
salpingo-ovarites. Thèse de Paris, 1895.

Faitout. — Ovaro-salpingite tuberculeuse. Bull. Soc. Anat.,
1897.

Constensoux. — Salpingite tuberculeuse. Bull. Soc. Anat.,
1897.

Pierre Delbet. — Leçons de clinique chirurgicale faites
à l'Hôtel-Dieu (août, septembre 1897) Edit. Stei-
nheil, 1899.

Maurange. — Traitement chirurgical de la péritonite tu-
berculeuse. Gaz. hebd. 26 sept. 1897, page 913.

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique.

S. Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Bouilly, Reclus, Peyrot, Kirmisson. — Traité de patho-
logie externe.

Maurange. — Péritonite tuberculeuse (Encyclopédie Léauté)

Le Dentu. — Leçons cliniques sur la tuberculose génitale
chez la femme. Sem. gynéc. 20 et 27 février 1900.

